

常務理事	事務長	担当者	支給決定伺		算出の基礎	
			支給金額		手当日額	支給率 支給日数
					(	×2/3-)× 日＝
資格取得	年 月 日	支給期間	自 年 月 日	(算出図)		
資格喪失	年 月 日		至 年 月 日			
支給決定日	年 月 日		日間			

出 産 手 当 金 請 求 書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇	被保険者氏名	健保 花子	標準報酬月額	千円 〇〇〇
	分娩予定年月日	△△年 5月 31日		退職年月日	年 月 日	月額は事業所担当者に 確認ください
	分娩年月日	△△年 5月 31日		↑ 資格喪失後の継続給付として受ける場合に記入		
	※ 分娩のため 休んだ期間	自 △△年 4月 22日 至 △△年 7月 26日 96 日間	左記期間に受けた 報酬額及び期間	自 △△年 4月 22日 至 △△年 4月 30日 9 日分 57,000 円		
	出産育児一時金請求の有無 及び無のときはその理由	有 無	理由			
	上記のとおり請求します。 なお、給付金の受領を、所属する事業主へ委任します。(*1) 資格喪失後は下記の口座(*2)に振り込み依頼します。 三井住友トラストグループ健康保険組合 御中 △△年 △△月 △△日 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住 所 □□□□□□□□□□ 請求者 氏 名 健保 花子 電 話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇					
	(*2)資格喪失者のみ記入)なお、任意継続被保険者は、登録済みの給付金振込口座へ振り込まれます。)					
振込希望口座 (被保険者名義)		普通預金 口座 (フリガナ) 銀行 支店 No. 名義				

(*1)給付金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。

- ※ 分娩のため休んだ期間、すなわち請求期間の記入は分娩前42日分については、分娩した日、又は分娩予定日のいずれか早い方の日からさかのっぼって42日間、分娩後56日分については、分娩した日後56日間のうち労務についていない期間を記入してください。
分娩した日は分娩前に算入されます。
- ※ 資格喪失後の継続給付を受ける条件
1年以上被保険者期間があり（任意継続被保険者期間を除く）、出産日又は出産予定日が資格喪失日の前日から42日以内であり、資格喪失日の前日に労務に服していないこと。

受付日	支払日

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 欄	分娩予定年月日	△△年 5月 31日	出生児の数	単胎・多胎 (児)	
	分娩年月日	△△年 5月 31日			
	生産または死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)			
	上記のとおり証明します。 △△年 △△月 △△日 住 所 □□□□□□□□□□ □□□□□病院 医師又は助産師 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 氏名 □□ □□				
	出産日5/31、出産予定日5/31 4/20-21出勤、4/22-24有給休暇(給与全額支給) 4/25-30給与一部支給、5/1以降無給の場合				

＜医療担当者の氏名を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。＞

事 業 主 の 証 明 欄	労務に服さなかった期間	△△年 4月22日 から △△年 7月26日 まで 96日間																															
	出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	△△年 4月	○	公	公	○	○	○	○	○	公	公	○	○	○	○	○	公	公	○	○	○	○	△	公	公	産休	→						
	△△年 5月	→																															
	△△年 6月	→																															
	△△年 7月	→																															
	年 月																																
	上記の期間について、報酬額を記入してください。																																
	△△年 4月22日から △△年 4月24日まで 5日間	27,000 円	日額 9,000円	全額支給	一部支給	支給なし																											
△△年 4月25日から △△年 4月30日まで 3日間	30,000 円	日額 5,000円	全額支給	一部支給	支給なし																												
△△年 5月 1日から △△年 7月26日まで 87日間	円	日額 円	全額支給	一部支給	支給なし																												
年 月 日から 年 月 日まで 日間	円	日額 円	全額支給	一部支給	支給なし																												
年 月 日から 年 月 日まで 日間	円	日額 円	全額支給	一部支給	支給なし																												
上記の通り証明します。 △△年 △△月 △△日 事業所 住所 □□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□ 氏名 □□□□□□□□□□																																	

＜事業主の方へ＞【記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。】

※賃金台帳、出退勤管理票及び事業主証明付表(出産手当金用)添付してください。